

Leiomioma uterino gigante Giant uterine leiomyoma

Felipe Vladimir Pino Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0003-1024-1521>

Maritza Ledón Mora¹ <https://orcid.org/0000-0002-2492-2304>

Carlos Moya Toneut^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-5017-8777>

¹ Policlínico Universitario "Mártires del 8 de Abril", Quemado de Güines. Villa Clara. Cuba.

² Hospital Provincial General Universitario "Mártires del 9 de Abril", Sagua la Grande. Villa Clara. Cuba.

Nyanghawe Referral Hospital. República de Botswana. Brigada Médica Cubana en Botswana.

Autor para la correspondencia: carlosmt@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los leiomiomas uterinos son tumores benignos frecuentes, pocas veces gigantes.

Información del paciente: paciente de 48 años de edad, atendida en el Departamento de Ginecología del Nyanghawe Referral Hospital, República de Botswana, por crecimiento exagerado del abdomen de aproximadamente dos años de evolución. Inicialmente se interpretó de posible origen ovárico según resultado de ultrasonografía y tomografía axial computadorizada. En laparotomía exploradora se constató leiomioma uterino gigante de dimensiones exageradas y peso de 12,76 kg. A la paciente se le realizó histerectomía total abdominal con doble anexectomía y omentectomía. No existieron complicaciones transoperatorias. La evolución postoperatoria fue normal y se egresó al cuarto día posquirúrgico.

Conclusiones: en la actualidad los miomas uterinos gigantes son una enfermedad poco frecuente pero posible y ocasionan síntomas diversos. El estudio histológico informó leiomioma uterino gigante.

Palabras clave: leiomioma uterino gigante; tumor benigno; histerectomía total abdominal

ABSTRACT

Introduction: Uterine leiomyomas are common benign tumors, rarely giant.

Patient information: A 48-year-old patient was treated at the Gynecology Department of Nyanghawe Referral Hospital, Republic of Botswana, for exaggerated abdominal growth of approximately two years' duration. Initially, the origin of the disease was considered to be ovarian based on ultrasound and computed axial tomography results. Exploratory laparotomy revealed a giant uterine leiomyoma of exaggerated dimensions and weight of 12.76 kg. The patient underwent total abdominal hysterectomy with double adnexectomy and omentectomy. There were no intraoperative complications. The postoperative evolution was normal and the patient was discharged on the fourth postoperative day.

Conclusions: Currently, giant uterine myomas are a rare but possible disease and cause diverse symptoms. The histological study reported giant uterine leiomyoma.

Key words: giant uterine leiomyoma; benign tumor; total abdominal hysterectomy

Recibido: 06/12/2024

Aprobado: 10/12/2024

INTRODUCCIÓN

Los fibromas uterinos, conocidos también como leiomiomas o miomas, son los tumores uterinos benignos más comunes.⁽¹⁾ Es difícil establecer con exactitud la incidencia real de los leiomiomas porque frecuentemente son asintomáticos.^(1,2,3,4,5,6)

El aparato ginecológico es lugar de asiento de múltiples enfermedades; de todos sus órganos, el útero es el más frecuentemente afectado, y son los miomas la enfermedad que con mayor frecuencia se presentan en este órgano.^(1,7,8,9)

Se estima que una de cada cinco mujeres presentan esta enfermedad a la edad de 50 años porque, desde el punto de vista histológico, en el 80% de las piezas de histerectomía se encuentra un leiomioma.^(10,11,12) Esta afección se presenta habitualmente entre los 30 y los 50 años de edad, son raros por debajo de los 20 años, excepcionales antes de la pubertad y no suelen aparecer después de la menopausia.^(1,4,7,9,13)

El leiomioma puede ser una afección simple o múltiple, como se informa en 2/3 de los casos, con tamaño variable, desde microscópico hasta alcanzar dimensiones impresionantes, sin incapacitar a la paciente o producir síntomas apreciables.^(11,14) El único límite en tamaño parece ser la capacidad del paciente de soportar el tumor.⁽¹⁵⁾

La terminología de estos tumores de gran tamaño contiene variados calificativos, entre los que se incluyen: inmensos, enormes, extensos, voluminosos, masivos, grandes, muy grandes, gigantes, gigantescos, etc., pero se han dado en llamar miomas uterinos gigantes.

El parámetro utilizado para describir el tamaño del leiomioma es el peso y no las medidas. Se define como gigante si el peso es $\geq 11,4$ kg (25 lbs).^(13,14)

El mioma más grande informado en la literatura data de 1888 y fue notificado por Hut como un hallazgo de autopsia (el peso fue de 63,3 kg). En 1973 Singhabhandhu informó el leiomioma más grande (45,4 Kg) extraído con sobrevivencia de la paciente.⁽¹⁵⁾

Debido a los avances en los diferentes métodos diagnósticos los miomas uterinos son diagnosticados en estadios iniciales, por lo que es poco frecuente la presentación de pacientes con miomas uterinos gigantes.⁽¹²⁾

A pesar de que el mioma uterino es el tumor benigno del útero más frecuentemente observado, existen muy pocos informes en la literatura acerca de miomas uterinos gigantes, que constituyen un desafío diagnóstico y quirúrgico para la Medicina. Por estas razones, y también con propósitos docentes, los autores se motivaron a presentar el siguiente caso a la comunidad médica.

Información del paciente

Paciente de 48 años, piel negra, con antecedentes de padecer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y estar bajo tratamiento médico.

Historia obstétrica: gestaciones 1, partos transpelvianos 1

Historia ginecológica: menarquia a los 14 años, menstruaciones irregulares y abundantes, citología orgánica (prueba de Papanicolau) negativa.

Fue atendida en el Departamento de Ginecología del Nyanghawe Referral Hospital, en la República de Botswana, porque aquejaba aumento de volumen exagerado del abdomen de hacía aproximadamente dos años (inicialmente se realizó la prueba de embarazo en orina, que fue negativa), menstruaciones irregulares y abundantes, micciones frecuentes de forma imperiosa, inflamación en las piernas y dolor lumbar frecuente de intensidad moderada que se aliviaba con el reposo en decúbito lateral (derecho o izquierdo).

Examen físico

Mucosas hipocoloreadas y húmedas

Tensión arterial -T/A-: 98/66 mmHg

Frecuencia cardíaca -FC-: 75 latidosxminuto

Frecuencia respiratoria -FR-: 18xminuto

Temperatura: 36,4 °C.

Ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados, no se auscultan soplos

Murmullo vesicular conservado, no se auscultan estertores. No disnea, no tiraje

La Figura 1 muestra un abdomen exageradamente aumentado de volumen. Se palpó un tumor de grandes dimensiones, doloroso a la palpación, de consistencia firme y superficie irregular, no móvil, que se extendía desde la sínfisis del pubis hasta la región epigástrica y ocupaba todo el abdomen.

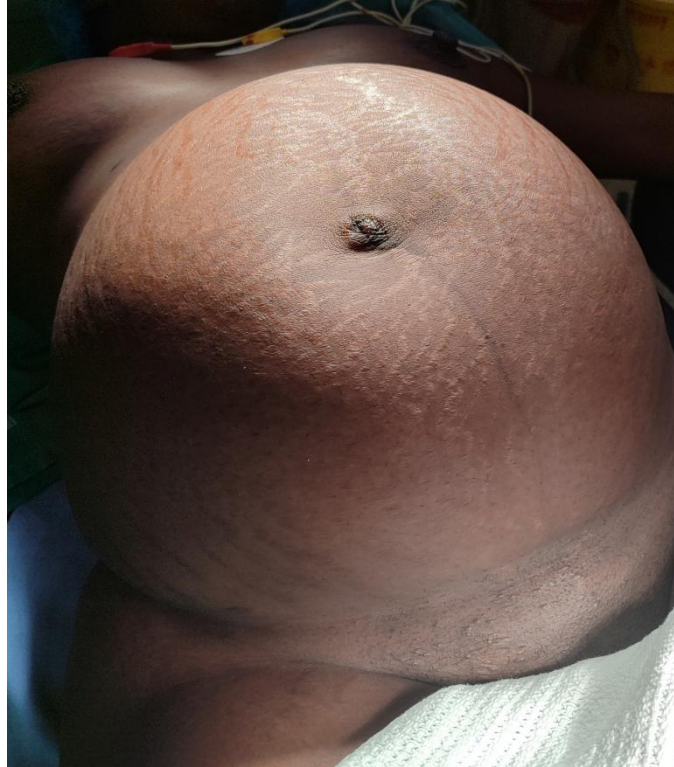


Fig. 1. Gran aumento del volumen abdominal

Genitales externos: presencia de edema y varices vulvares

Especuloscopia: vagina húmeda y elástica. No leucorrea. Cérvix de aspecto normal, rechazado hacia la sínfisis del pubis por gruesa tumoración que abomba el fondo del saco posterior, lo que dificulta el examen con espéculo.

Tacto vaginal bimanual (previa embrocación vaginal con solución antiséptica): se tacta gruesa tumoración sólida, de consistencia leñosa, superficie irregular, que ocupa todo el abdomen y se proyecta abombando el fondo de saco posterior de Douglas. La tumoración es firme e inmóvil, dolorosa a la exploración.

Presencia de edema y várices en ambos miembros inferiores.

Sensorio presente.

Exámenes complementarios:

Hemoglobina: 89 g/l (por tal motivo se transfundió con dos unidades de glóbulos)

Grupo sanguíneo y Rh: O positivo

Plaquetas: $360 \times 10^9/l$

Urea: 4,6 mmol/l

Creatinina: 85 mmol/l

Fosfatasa alcalina: 61 UI

Ganma glutamil transpeptidasa (GGT): 42 UI

Aspartato aminotransferasa (AST): 23 UI

Electrocardiograma: trazo normal

Rayos x de tórax: índice cardioraxico normal, no lesiones pleuropulmonares

Ultrasonido ginecológico y abdominal: se observaron múltiples imágenes ecogénicas en la cara anterior y el fondo del útero, sugestivas de fibromas, la mayor mide 6,3x7,7 y 5,5x8,9 cm, extendida hacia el anejo derecho. La masa que ocupa todo el abdomen de origen pélvico (útero *versus* ovario derecho). Riñones, hígado, vesícula biliar y vejiga, aparentemente normales. Páncreas no visible por interferencia del tumor.

Conclusiones: gran tumor abdominopélvico (de posible origen pélvico).

Tomografía axial computadorizada:

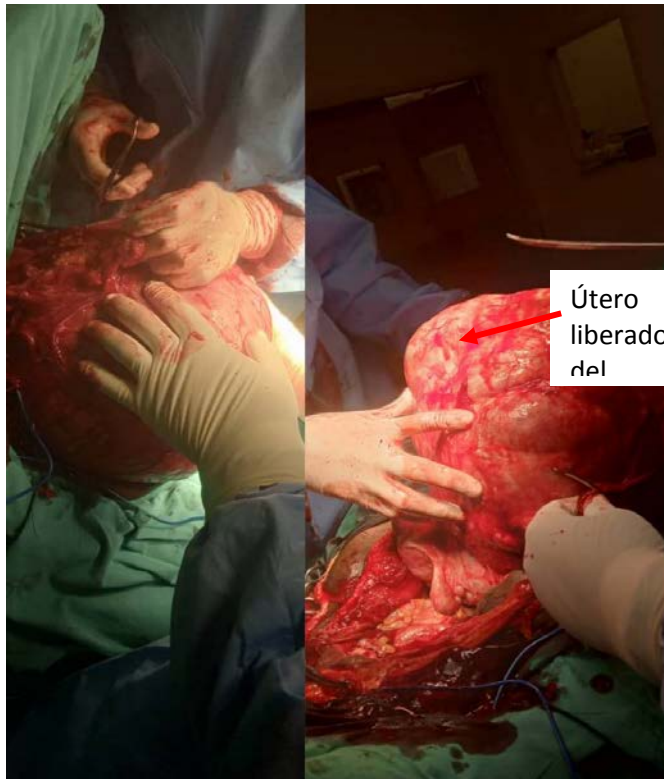
- Tórax: no derrame
- Hígado y vesicular: normal
- Páncreas: normal
- Riñones: hidronefrosis derecha grado II
- Uréteres: hidroureter derecho de porción proximal a media
- Vejiga poco distendida por efecto del tumor
- Asas intestinales desplazadas por el tumor
- Genitales: gran tumor de 16,0 cm anteroposterior por 20,8 cm transversal por 29 cm longitudinal, que emerge del anejo derecho, heterogéneo, con gran componente quístico en su interior, y que se desplaza al útero hacia la izquierda de la línea media y la pared posterior del abdomen.
- Conclusión: las características tomográficas son sugestivas de un gran tumor de predominio sólido con componentes quísticos que emerge desde el anejo derecho con efecto de masa al útero y asas intestinales, así como hidronefrosis derecha grado II. Existe otro pequeño tumor sólido en el anejo izquierdo (tumor de Brenne?). Diagnóstico: disgerminoma ovárico. Se recomienda correlación histopatológica.

Teniendo en cuenta el resultado de los complementarios, en particular de los estudios imagenológicos y de los hallazgos al examen físico, se decidió realizar laparotomía exploradora con el posible diagnóstico de quiste gigante de ovario derecho.

Descripción del transoperatorio

Se realizó celiotomía media suprapúbica extendida hasta el epigastrio y bordeando la región umbilical. Al abordar la cavidad abdominal se observó un gran tumor de origen uterino que ocupaba la cavidad abdominopélvica en casi su totalidad y que desplazaba las estructuras intraabdominales adyacentes; el epiplón se encuentra adherido al fondo y parte de la cara posterior del útero, como lo muestra la Figura 2. Se realizó una omentectomía parcial para liberar el útero del epiplón adherido y a continuación se procedió a realizar una histerectomía total con doble anexectomía, previa identificación y separación cuidadosa de la vejiga y los uréteres debido a un gran nódulo miomatoso ubicado a nivel de la plica vesicouterina.

Epiplón
adherid
n



Útero
liberado
del

Fig. 2. Útero libre después de realizada la omentectomía parcial

Después de realizada la histerectomía total con doble anexectomía se extrajo la pieza que corresponde con un útero extremadamente aumentado de tamaño y consistencia (se muestra en la Figura 3), de 39 cm de longitud, en relación con mioma uterino gigante, con un peso de 12,76 Kg (aparece reflejado en la Figura 4).

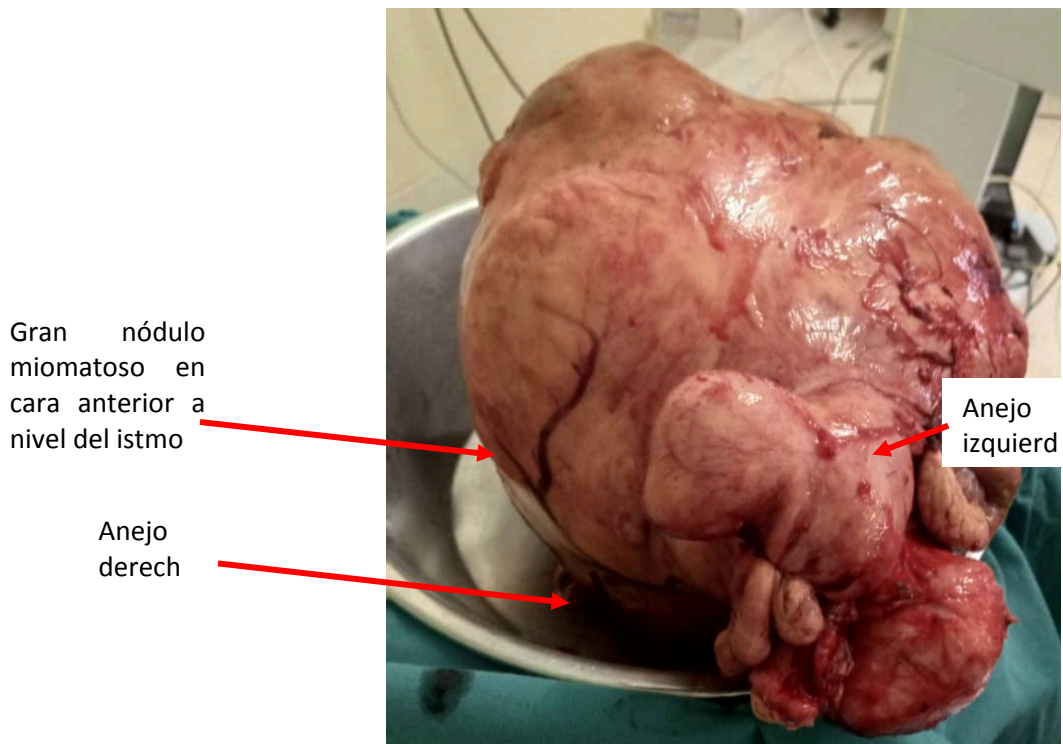


Fig. 3. Útero extremadamente aumentado de tamaño.



Fig. 4. Pieza quirúrgica con peso de 12,76 Kg

No se presentaron complicaciones transoperatorias, los signos vitales se mantuvieron en parámetros normales y las pérdidas sanguíneas estimadas fueron de

Esta revista está bajo una licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional — CC BY-NC 4.0

aproximadamente 250 ml. El abdomen después de la intervención quirúrgica recuperó su tamaño normal, lo que se aprecia en la Figura 5.



Fig. 5. Abdomen de la paciente después de la intervención quirúrgica

Diagnóstico transoperatorio: mioma uterino gigante.

La paciente tuvo una estadía hospitalaria posquirúrgica de cuatro días con evolución satisfactoria.

El estudio histológico informó leiomioma uterino gigante (múltiple) con áreas de necrobiosis y zonas de degeneración hialina.

DISCUSIÓN

Los miomas uterinos son tumores benignos estrógeno-dependientes, su etiología radica en la proliferación patológica de las fibras musculares lisas del miometrio; contienen, además, tejido conectivo, fibroblastos y matriz extracelular.⁽⁸⁾ La mayoría de los autores opinan el tumor benigno más frecuente en la mujer.^(9,12,15)

Actualmente quedan puntos oscuros en la patogenia del mioma uterino. Se plantean tres condiciones claves que influyen grandemente en su formación y crecimiento: polimorfismos genéticos (mutaciones de HMG1, HMG2, fumarata hidratasa), hormonas sexuales esteroideas (estrógenos y progesterona) y factores de crecimiento angiogénicos (factor de crecimiento vascular endotelial).^(1,10,13)

Aunque su etiología no está muy clara, existen factores de riesgos asociados como la menarquia precoz, los antecedentes familiares, la ingesta de cafeína, el consumo de carnes rojas, la disminución de la fertilidad, la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la raza negra.^(1,8,12,13,15) También las mujeres nulíparas y las que

utilizan, de forma prolongada, anticonceptivos orales con altos niveles de estrógenos son más sensibles a sufrir esta afección; otro factor de riesgo se considera la edad de entre 35 y 49 años.^(8,12)

La mayoría de las mujeres con miomas uterinos (60%) usualmente están asintomáticas.^(10,14) La presentación clínica está determinada por su localización en el útero (submucosos 10%, intersticiales o intramurales 75%, subserosos o subperitoneales 15% y cervical 1%). Los primeros se encuentran debajo del endometrio y son los que más metrorragias provocan, pueden ser sésiles y salir a través del orificio cervical externo, lo que se denomina aborto o parto del mioma; los intramurales son los que más producen hiperpolimenorreas, son causa de dolor pélvico crónico, alcanzan gran tamaño y, mayormente, son múltiples y los subserosos, con frecuencia son asintomáticos.^(10,14,15) Otros síntomas pueden ser micción frecuente, dificultad en el vaciamiento vesical, constipación, infertilidad, dolor lumbar y en las extremidades inferiores y síntomas de anemia secundaria al sangrado.^(7,15)

En ocasiones los miomas, a través del tiempo, crecen asintomáticos, sobre todo los miomas subserosos, sin ser advertidos por la paciente y por la gran capacidad de distensión de la pared abdominal anterior, así como el gran volumen de la cavidad abdominal, alcanzan dimensiones exageradas, y se convierten en miomas gigantes, como en el caso presentado, y provocan síntomas diversos, con predominio de los compresivos, los que se acentúan a medida que el útero va invadiendo el espacio de otros órganos y aparecen entonces síntomas de compromiso respiratorio, cardiovasculares, digestivos y del sistema urinario (incluida la pielonefritis); de esta forma pueden llegar a constituir una amenaza para la vida de la paciente.^(1,4,7)

A medida que los miomas uterinos superan su suministro de sangre pueden surgir complicaciones que resultan en degeneración: hialina (60%), roja, mixoide, grasa, cambios quísticos, necrobiosis y calcificaciones. La degeneración sarcomatosa es rara (< 1%). También aparecen complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio: abortos, partos pretérminos, rotura prematura de membranas ovulares (RPM), placentas previas, malposiciones fetales, partos disfuncionales, obstrucción del canal del parto, acretismos placentarios y atonías uterinas, entre otras.^(5,8,15)

CONCLUSIONES

En la actualidad los miomas uterinos gigantes son una enfermedad poco frecuente, pero posible, que ocasionan síntomas diversos. El estudio histológico informó leiomioma uterino gigante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera GV, García Núñez RD, Barcos Pina I, Báster Moro JC. Medicina General Integral [Internet]. 4 ed. T. 2. Vol. 1. Principales afecciones en los contextos familiar y social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022 [citado 09/02/2024]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-tomo-ii-principales-afecciones-en-los-contextos-familiar-y-social-vol-1-4ta-ed>

2. Peña Solís LD, Mena Villarroel LB. Leiomioma uterino: opciones terapéuticas actuales. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2023 [citado 09/02/2024]; 7(1): [aprox. 10p.]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4633/7049>
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4633
3. Hernández Valencia M, Valerio Castro E, Tercero Valdez Zúñiga CL, Barrón Vallejo J, Luna Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol Obstet Mex* [Internet] 2017; [citado 09/02/2024]; 85(9): [aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611
4. Barahmeh S, Shrateh N, Jobran A, amarsheh L, Tanib I, Alwahsh MJ. Rare clinical entity of huge leiomyoma uteri in a 17-year-old adolescent managed with a fertility-sparing procedure: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2023 [citado 06/11/2024] 107: [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37271023/>
<https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108367>
5. Zhu-ge L, Bei Q, Pan W, Xiaojun Ni. Spontaneous regression of a giant uterine leiomyoma after delivery: a case report and literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2024 [citado 06/11/2024]; 24(1): [aprox. 2p.] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38341545/> <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06324-2>
6. Vega Ruiz FJ, Barceló Mancillas DA, Gutiérrez-de la Vega D. Leiomioma quístico gigante que simula una tumoración ovárica. Reporte de un caso. *Ginecol obstet Méx* [Internet]. 2017 [citado 06/11/2024] 85(5): [aprox. 2p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500325
7. Nedham A, Nawal D. Giant uterine leiomyoma: A case report and literature review. *World Journal of Pharmaceutical Research* [Internet] 2024; [citado 2024 nov. 06] 13(8): [aprox. 5p.]. Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/5568>
<https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20184548>
8. Adawe M, Sezalio M, Kanyesigye H, Kajabwangu R, Okello S, Bajunirwe F, et al. Prevalence, clinical presentation and factors associated with uterine fibroids among women attending the gynecology outpatient Department at a Large Referral Hospital in Southwestern Uganda. *East African Science* [Internet]. 2022 [citado 06/11/2024] 4(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/easci/article/view/227008>
9. Katke RD, Pushpa C, Asrani S. Giant uterine leiomyoma (5 kg) with bunch of 45 fibroids: A challenging case during Covid-19 pandemic. *Obstet Gynecol Int Journal* [Internet]. 2021 [citado 06/11/2024]; 12(4): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://medcraveonline.com/OGIJ/OGIJ-12-00576.php>
<https://doi.org/10.15406/ogij.2021.12.00576>

10. Picos KF, Rojas Serrato J, Zamora Palacios J, Vázquez Briseño A, Sepúlveda Blanco J. Leiomioma uterino gigante en adolescente mexicana de 14 años, un caso raro de sangrado uterino anormal. Reporte de caso. Ginecol obstet Mex [Internet]. 2023 [citado 06/11/2024]; 91(7): [aprox. 3p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000700008 <https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8236>
11. Wiesener V, Dhanawat J, Andresen K, et al. Massive uterine fibroid: a diagnostic dilemma: a case report and review of the literature. J Med Case Reports [Internet]. 2021 [citado 06/11/2024]; 15(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34253260/> <https://doi.org/10.1186/s13256-021-02959-3>
12. Guzmán E, Mancilla B, Quintero J, Gonzalez M, Guillen A. Mioma Uterino Gigante Multilobulado: presentación inusual. Reporte de caso. Avances en Biomedicina [Internet]. 2017 [citado 06/11/2024]; 6(2): [aprox. 3p.] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331355420011>
13. Estrada Paneque AA, Calle Ortiz MG, Cabrera Miñán GJ. Mioma cervical: anatomía y abordaje quirúrgico de alta complejidad. Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas [Internet]. 2022 [citado 06/11/2024]; 5(S1): [aprox. 3p.]. <https://www.redalyc.org/pdf/7217/721778112008.pdf>
14. Bano S, Aslam I, Azhar T, Manzoor U, Shahzad U, Mustafa K. Uterine Fibroid: Clinical presentation and surgical management in A Tertiary Care Hospital. Professional Med J [Internet]. 2021 [citado 06/11/2024]; 28(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2021.28.01.4359> <http://theprofesional.com/index.php/tpm/article/download/4359/4410/1646>
15. Ashindoitiang V, Nwagbara V, Edet E, Ipeh Ugbem T, Ukam JS, Asuquo ME. Large subserous uterine leiomyoma presenting as intraabdominal tumor: A case report. Rare Tumors [Internet]. 2024 [citado 06/11/2024]; 16: [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11406654/> <https://doi.org/10.1177/20363613241285089>

Declaración de conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de intereses

Contribución de la autoría

FVPP: Conceptualización, investigación, redacción – borrador original, visualización
FVPP, MLM, CMT: Curación de datos, análisis formal, metodología,
CMT: Redacción – revisión y edición